

	FORMULÁRIO	Número: FORM GOPA 01
		Edição: 00
Área: Gerenciamento Operacional dos Programas de Assistência - GOPA		Página: 1/2
Assunto: Formulário para Transferência de Pacientes para o InCor – HCFMUSP.		Vigência: 14/03/2022

Formulário para Transferência de Pacientes para o InCor – HCFMUSP.

POR FAVOR, ENCAMINHAR A FICHA DEVIDAMENTE PREENCHIDA

Tipo de acomodação: () UTI () Enfermaria () HEMODINÂMICA

Identificação do paciente:

Nome : _____

Sexo: F () M () Peso(Kg): _____ Data de Nascimento: _____

Dados do serviço solicitante:

Data da solicitação: _____

Hospital de Origem: _____ Data de Internação: _____

Médico Responsável pelas informações deste relatório (nome completo, CRM e telefone de contato): _____

Médico Responsável pela unidade encaminhadora ou diretor clínico do hospital (nome e telefone de contato)

Informações Clínicas:

História sumária da cardiopatia: _____

EF atual: PA: _____ mmHg FC: _____ bpm FR: _____ rpm Sat O2: _____

Medicações em uso: _____

Dispositivos: TOT sim () não () data: _____ SVD sim () não () data: _____

Cateter Central sim () não () data: _____ sítio: _____

Outros _____ data: _____

INSTITUTO DO CORAÇÃO – HCFMUSP

Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 44 - Cerqueira César - São Paulo – SP - Cep: 05403-900

Fone da área: (11) 26615000 - www.incor.usp.br

	FORMULÁRIO	Número: FORM GOPA 01
		Edição: 00
Área: Gerenciamento Operacional dos Programas de Assistência - GOPA		Página: 2/2
Assunto: Formulário para Transferência de Pacientes para o InCor – HCFMUSP.		Vigência: 14/03/2022

Parâmetros Ventilatórios: Modo _____ FiO₂ _____ FR _____ P_{insp} _____ P_{exp} _____ t_{insp} _____

Óxido Nítrico: sim () não () _____ ppm

Febre: sim () não () data de início: _____ foco: _____

Informações de Exames:

Hemocultura (data) : _____

Urocultura (data) : _____

Ponta de cateter (data) : _____

Antibioticoterapia: 1) _____ início: _____ fim: _____

2) _____ início: _____ fim: _____

3) _____ início: _____ fim: _____

Exames das últimas 72 hs:

HMG e PCR: _____

Coagulograma: _____

Uréia e Creatinina: _____

Rx de Tórax: _____

ECG: _____

Ecocardiograma: _____

Termo de Compromisso:

Não havendo conduta cardiológica a ser tomada ou tendo sido esgotado o tratamento cardiológico, a unidade ou hospital solicitante se compromete a receber o paciente se necessário?

Assinatura e carimbo do responsável da unidade solicitante.